

FORMULIR PERMOHONAN IJIN TOKO OBAT

Nomor :
Lampiran :
Perihal : **Permohonan Ijin Toko Obat**

Kepada
Yth. Kepala Dinas Penanaman
Modal dan Pelayanan Terpadu
Satu Pintu Kab. Sinjai

Di -
Sinjai

Bersama ini kami mengajukan permohonan untuk mendapatkan ijin apotek dengan data-data sebagai berikut :

1. Pemohon :
Nama Pemohon :
Nomor Kartu Tanda Penduduk :
Alamat dan Nomor Telepon :
Pekerjaan :
Nomor Pokok Wajib Pajak (NPWP) :
2. Toko Obat :
Nama Toko Obat :
Alamat :
Nomor Telepon :
Kecamatan :
Kabupaten :
Propinsi :

Bersama permohonan ini kami lampirkan :

1. Salinan/ Fotocopy Surat Ijin Kerja Tenaga Teknis Kefarmasian (SIKTTK)
2. Salinan/ Fotocopy Kartu Penduduk
3. Pas Photo 4x6 latar merah sebanyak 2 lembar
4. Salinan/ Fotocopy Ijazah Tenaga Teknis Kefarmasian
5. Surat Pernyataan dari Tenaga Teknis Kefarmasian bahwa tidak menjadi Penanggungjawab di Toko Obat lain
6. Surat Pernyataan pemilik sarana tidak terlibat pelanggaran Peraturan Perundang-undangan di bidang obat
7. Surat Pernyataan Tenaga Teknis Kefarmasian bersedia menjadi Penanggungjawab Teknis Toko Obat
8. Surat Perjanjian antara Penanggung Jawab dengan Pemilik Sarana
9. Salinan/ Fotocopy Tanda Daftar Perusahaan (TDP)
10. Salinan/ Fotocopy Surat Ijin Tempat Usaha (SITU)
11. Salinan/ Fotocopy Surat Ijin Usaha Perdagangan (SIUP)
12. Salinan/ Fotocopy Surat Ijin Gangguan (HO)

Demikian permohonan kami, atas perhatian dan persetujuan bapak/ ibu kami ucapkan terima kasih.

Sinjai, 201

Yang Bermohon

Materai
6000